

SOLICITUD PARA EL ENTRENAMIENTO — TIEMPO COMPLETO

Entrenamiento de Tiempo Completo en México—202__

Nombre y apellido:		Género: <input type="checkbox"/> Hno. <input type="checkbox"/> Hna.	Localidad que envía:	
Dirección:		Teléfono:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Ciudad:		Teléfono trabajo:	¿Piensa traer un automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asientos:	
Estado:		Celular:		
Código postal:		e-Mail:		
Nacionalidad:		Idiomas: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro:		
Educación:	Colegio / Universidad	Especialidad—Años de estudio	Título o Grado	
Ocupación:	Si sirve de tiempo completo, cuándo comenzó			

Fecha de salvación:		Fecha de bautismo:	Fecha en que llegó a la Iglesia:
Localidad donde contactó la iglesia por primera vez:			
Áreas de servicio en la iglesia en las que ha participado:			
Entrenamientos previos en Taipei, Irving, Anaheim u otro ETC:			

Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Comprometido	<input type="checkbox"/> Divorciado / Separado
Nombre del cónyuge:		Ocupación del cónyuge:		Edad del cónyuge:
Fecha de matrimonio:		Actitud del cónyuge respecto a ser de tiempo completo: <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo <input type="checkbox"/> También desea ser de tiempo completo		
Dependientes	Nombre	Relación	Edad	¿Son salvos?
1.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Será sostenido económicamente por:	<input type="checkbox"/> Usted	<input type="checkbox"/> La iglesia	<input type="checkbox"/> Familia / Amigos	<input type="checkbox"/> Otro:
Alguna otra información sobre el apoyo financiero:				

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Después de haber leído la carta de instrucciones enviada a sus ancianos, por favor, entréguele a sus ancianos esta solicitud para las recomendaciones, las firmas y el envío. Por favor, asegúrese de completar y adjuntar el Cuestionario Médico.

**Incluir una fotografía
tamaño 2" x 2"
(5 cm. x 5 cm.)**

No escriba en esta caja (Para uso de la oficina del ETCMx)

Aprobado por:	Fecha:
<input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> C/TC	